

Clinique dermatologique universitaire de Berne

Directeur : Prof. Dr P. Robert

---

**De l'emploi  
des sulfamidés et de la pénicilline  
en dermatologie  
Résultats et observations cliniques**

**THÈSE**

présentée à la faculté de médecine de l'université de Berne  
pour l'obtention du grade de Docteur en médecine

par

**Eric Witz**

d'Erlach (Berne)

---

BERNE, IMPRIMERIE HALLWAG 1950



Clinique dermatologique universitaire de Berne  
Directeur : Prof. Dr P. Robert

---

**De l'emploi  
des sulfamidés et de la pénicilline  
en dermatologie  
Résultats et observations cliniques**

**THÈSE**

présentée à la faculté de médecine de l'université de Berne  
pour l'obtention du grade de Docteur en médecine

par

**Eric Witz**  
d'Erlach (Berne)

---

BERNE, IMPRIMERIE HALLWAG 1950



La Faculté de médecine de Berne, sur la proposition de  
M. le professeur *P. Robert*, autorise l'impression de cette thèse.  
Berne, le 5 juillet 1950.

Le doyen: *Hallauer*.



# De l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline en dermatologie

## Résultats et observations cliniques

Par *Eric Witz*

Nous avons, dans ce travail, l'intention de communiquer dans un but pratique, les résultats thérapeutiques obtenus à la Clinique dermatologique universitaire de Berne par les sulfamidés et la pénicilline. \*

Nous nous bornerons, en règle générale, à ne citer que des faits, n'effleurant que rarement le sujet des interprétations pathogéniques qu'il est permis de formuler « ex juvantibus » et celui du mode d'action des médicaments qui nous occupent. Les dermatoses courantes retiendront principalement notre attention, et nous nous appliquerons à tirer des conclusions d'ensemble, tenant compte avant tout du critère global et apparemment simpliste de guérison ou de non-guérison. Le concept d'amélioration, fortement teinté par la subjectivité de l'observateur, en partie faussée par la tendance naturelle de

---

\* Les citations bibliographiques se résumeront à quelques exemples choisis et nous renvoyons ceux qui s'intéressent à une vue d'ensemble du problème, embrassant les opinions variées et souvent opposées des divers auteurs, aux monographies et articles cités en fin de travail, en particulier aux comptes rendus publiés par *Robert* de 1939 à 1948 et par *Lutz* en 1948 et 1949 dans la revue « *Dermatologica* », ainsi qu'au travail du Prof. *Robert* publié en 1950 à l'occasion du Congrès des dermatologistes de langue allemande à Heidelberg.

nombreuses dermatoses à évoluer spontanément vers la rémission ou vers la guérison, manque trop de précision pour que nous lui attachions quelque importance.

Dans la mesure du possible et pour autant que l'étiologie de la dermatose ne soit pas univoque, nous avons appuyé le diagnostic clinique par un diagnostic bactériologique.

Notre statistique est petite, car elle relate uniquement des cas où une observation rigoureuse et consciencieuse fut possible. Nous avons éliminé toute observation policlinique et tous les cas où l'observation clinique ne présente pas les garanties suffisantes: hospitalisation au décours de la dermatose, départ précipité avant guérison complète, cas dans lesquels la prescription simultanée d'une médication antiinfectieuse autre que sulfamidé ou pénicilline ne permet plus de juger quelle est la part active jouée par chaque médicament dans l'évolution de la dermatose.

Nous avons groupé les dermatoses selon leur appartenance bactériologique.

## I.

### *Les affections à pyocoques*

#### *L'érysipèle.*

Durant ces dernières années, nous avons eu l'occasion de traiter en clinique 62 cas d'érysipèle (cf. tabl. I). Dans 41 cas, nous avons employé le prontosil rouge, dans 9 la pénicilline et dans 12 enfin, un traitement combiné (sulfamidé-pénicilline). Nous n'avons pas fait mention, pour ne pas surcharger notre tableau, de cas isolés traités par des sulfamidés autres que le prontosil (cibazol, elkosine). Les résultats obtenus par ces derniers sulfamidés furent d'ailleurs superposables à ceux enregistrés avec le prontosil. Dans tous les cas, nous avons en outre prescrit un traitement externe comprenant principalement des compresses de solutions désinfectantes (pantosept 1 ‰, eau d'Alibour 10 ‰, permanganate de potassium à 0,5 ‰) et un traitement interne (analeptiques et analgésiques).

Trois cinquièmes des cas (38) étaient localisés au visage, deux cinquièmes (23) aux membres inférieurs, un seul cas faisant exception, atteignant la région inguinale. Dans un

quart des cas environ, nous avons noté la présence de bulles ou d'une composante hémorragique, proportion également répartie dans les divers groupes.

Nous avons admis qu'un érysipèle est guéri lorsque l'état général est revenu à son état antérieur, que la fièvre est tombée et que tout phénomène inflammatoire aigu a disparu. Nous ne tiendrons pas compte de la desquamation résiduelle, des reliquats de bulles, des taches et placards hémorragiques.

De nombreux auteurs (*Anderson, Domagk, Hegler, Nelson, Robert, Toomey, Wernsdörfer*) s'accordent à dire que le prontosil rouge reste le meilleur ou l'un des meilleurs sulfamidés que l'on puisse employer dans cette dermo-épidermite. Cette constatation clinique peut être expliquée, d'une part, par l'affinité particulière du colorant azoïque pour la peau qui se colore assez souvent en jaune (*Schreus, Wagner-Jauregg*); d'autre part, on sait que la chrysoidine est employée dans la coloration des bacilles diphtériques par la méthode de *Neisser*. Il n'est donc pas exclu que le colorant azoïque puisse jouer le rôle d'un vecteur et augmenter l'action spécifique du groupe sulfamidé. De l'avis du Prof. *Robert*, il serait intéressant de fabriquer de nouveaux médicaments à partir des sulfamidés connus en les combinant à d'autres colorants azoïques. Dans la règle, nous prescrivons le prontosil rouge à raison de trois fois deux comprimés à 0,5 g par jour durant 3 à 5 jours par voie buccale. Certains auteurs (*Rockstroh, Rupprecht*) le prescrivent en badigeon avec de bons résultats. Nous avons administré la pénicilline en solution aqueuse à raison de 200 000 u. O. par jour réfractées en 8 injections i. m. de 25 000 u. O., et la pénicilline incorporée à un véhicule-retard à raison de 300 000 u. O. i. m. injectée en une fois. La dose totale varie de 600 000 à 1 200 000 u. O., les doses en dessous de 400 000 u. O. s'étant avérées nettement insuffisantes.

*Les érysipèles du visage* réagissent dans la règle très bien, rapidement et d'égale façon au prontosil (23 cas) et à la pénicilline (6 cas) ou au traitement mixte (9 cas).

Nous observons la guérison clinique en 6 à 8 jours. Les symptômes généraux, les douleurs, la sensation de tension s'amendent rapidement en 1 à 4 jours. La défervescence de la température a lieu entre le premier et le troisième jour (en général le second jour) affectant dans une moitié des cas le

**TABEAU I**  
**Résultats obtenus dans 62 cas d'érysipèle**

| Nombre de cas traités                   | Bons   | Durée moyenne<br>de la maladie | Dose moyenne<br>donnée en 1 choc | Probléma-<br>tiques | Nuls |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|
| au prontosil rouge:<br>41 cas           | 35 85% | 6—8 j.                         | 10—14 g.                         | 2                   | 4    |
| à la pénicilline:<br>9 cas              | 8 89%  | 6—8 j.                         | 600 000—<br>1 200 000 u. o.      | 0                   | 1    |
| à la pénicilline +<br>sulfamidé: 12 cas | 9 75%  |                                |                                  | 2                   | 1    |

type de la chute en lyse, dans l'autre moitié celui de la défervescence critique.

Quelques cas cependant sont instructifs par leur évolution différente; deux n'ont pas réagi aux sulfamidés, alors que la pénicilline s'est montrée active.

Obs. 1. Par 1 000 000 u. O. de pénicilline données en six jours, guérison en neuf jours d'un érysipèle bulleux du visage, extensif malgré 20 g de prontosil rouge.

Obs. 2. Chez une patiente présentant un mauvais état général (artériosclérose, dégénérescence du myocarde, hyperglycémie), un érysipèle du front soigné à l'elkosine se complique d'une ostéite frontale guérie grâce à la pénicilline (voir *Robert*).

L'inverse se présente:

Obs. 3. Un érysipèle phlegmoneux de la région temporo-pariétale présente une suppuration continue que deux chocs successifs de pénicilline donnés à une semaine d'intervalle (l'un de 1 200 000 u. O. en quatre jours, l'autre de 900 000 u. O. en trois jours) n'arrivent pas à juguler. Après une nouvelle semaine d'attente, la suppuration tarit rapidement grâce à l'administration de 21 g. de prontosil rouge en sept jours.

Tous les autres cas ont évolué rapidement et sans complications, qu'ils soient ou non accompagnés de bulles ou de placards hémorragiques. Nous n'avons observé qu'une récidive à brève échéance. (Il s'agissait d'un érysipèle de la joue traité au prontosil et récidivant après deux semaines; cet homme présentait, d'autre part, un sycosis microbien de la barbe depuis quatre mois).

*Les érysipèles des membres inférieurs* réagissent notablement moins bien, que l'on prescrive des sulfamidés (18 cas) ou de la pénicilline (3 cas). Si *Tonndorf, Löhe, Hegler* affirment que le prontosil est aussi efficace dans les cas graves et compliqués d'érysipèle, nous nous montrerons moins optimistes. Sur un total de 18 cas, nous enregistrons 28 % d'échecs (5 cas). Si nous faisons abstraction de 2 cas d'érysipèle posttraumatique du cou-de-pied, tous deux compliqués d'un abcès dans la profondeur et guérissant par incision, 3 cas présentent de l'intérêt. Ils évoluèrent tous trois chez des personnes présentant des troubles circulatoires (2 cas de décompensation cardiaque accompagnés d'œdème susmalléolaire, un cas d'éléphantiasis nostras et varices). Dans un des cas, on ob-

serve une récurrence après 11 jours malgré 12 g. de prontosil rouge donnés en quatre jours. Nous ne ferons que mentionner les deux autres cas cités par *Robert* («Schweiz. med. Wschr.» 1943). Il s'agit de deux cas d'érysipèle noir de la jambe (*Milian*) dans lesquels l'administration de prontosil n'empêcha pas la formation de gros placards nécrotiques et hémorragiques.

En ce qui concerne la pénicilline, nous n'avons que trois cas à notre disposition. Deux d'entre eux évoluèrent sans complication dans les délais normaux, le troisième mérite d'être signalé. Il s'agit à nouveau d'un érysipèle noir de la jambe se terminant par la mort malgré 3 600 000 u. O. de pénicilline (*Robert in Cong. Heidelberg*).

L'association pénicilline-sulfamidé paraît recommandable dans les cas graves. En voici un exemple:

Obs. 4. Un patient de 76 ans présente un érysipèle noir, bulleux hémorragique et gangréneux de la cuisse. L'état général est fort mauvais: atteinte du myocarde, rétention urinaire, urémie. On administre simultanément 1 000 000 u. O. de pénicilline en solution aqueuse en cinq jours et 9 g de prontosil rouge en trois jours. Après trois à quatre semaines, les plaies se mettent à granuler et le malade sort de l'hôpital après huit semaines, son érysipèle étant complètement guéri.

Disons pour terminer que nous avons observé, dans ce groupe aussi, une récurrence après quinze jours. Il s'agissait d'un cas d'érysipèle évoluant sur terrain variqueux. Le patient avait reçu 900 000 u. O. de pénicilline en cinq jours. La récurrence s'éteint rapidement sous l'influence de 15 g de prontosil rouge donnés en cinq jours.

En résumé, le traitement de l'érysipèle par les sulfamidés (en particulier par le prontosil rouge) et par la pénicilline présente un progrès certain. La durée de la maladie est écourtée (six à huit jours), alors qu'avec un traitement indifférent, elle est de huit à quatorze jours ou plus (*Delbanco-Callomon*). Les complications sont moins nombreuses, les récurrences à brève échéance plus rares, 3 cas sur 62 soit 4,8 %. (*Rieder* cite 4,8 % de récurrence dans les cas traités au prontosil contre 9,4 % dans les cas traités par les anciennes méthodes).

Les érysipèles du visage, évoluant en une région de riche irrigation sanguine, réagissent dans la règle très favorablement à la pénicilline et aux sulfamidés. Il en est de même des

érysipèles des membres inférieurs lorsque les conditions circulatoires sont normales, mais lorsque, pour une cause quelconque, la circulation sanguine est déficiente, les complications et échecs sont nombreux (26 %, soit 6 cas sur 23).

L'administration simultanée de sulfamidés et de pénicilline paraît indiquée dans les cas graves. Le prontosil rouge est nettement suffisant dans la plupart des cas, la pénicilline restant à disposition là où le prontosil ne serait pas supporté (accidents bénins, tels que nausées, vomissements, diarrhées, exanthème, ou accidents graves, tels qu'agranulocytose, atteinte hépatique ou rénale).

*Impétigos vulgaires* (cf. tabl. II).

Nous n'avons retenu que l'impétigo vulgaire classique laissant de côté de nombreux cas d'impétiginisation secondaire.

Après avoir été conseillée par de nombreux et fervents adeptes, l'application locale de sulfamidés en pommade ou en solution n'est plus guère employée depuis l'avènement de la pénicilline. Rares sont les auteurs qui à l'instar de *Gaté* trouvent les sulfamidés supérieurs, en application locale, à la pénicilline. A la Clinique dermatologique de Berne, depuis 1943 déjà, les sulfamidés en application locale ne sont plus employés. Ils sont et ceci dans la plupart des dermatoses superficielles, ou complètement inactifs, ou d'efficacité très douteuse. Ils provoquent en outre, dans une proportion non négligeable, des dermatoses allergiques (2 à 5 % selon *Gottschalk* et *Weiss*). Notons en passant que nous avons pratiqué durant ces dernières années 1000 tests épicutanés à la pommade au cibazol 5 % (sulfamido-thiazol) et autant à la pommade à l'irgamide 10 % ( $N_1$ -Diméthylacroyl-sulfanilamide). Les résultats sont les suivants: pour le cibazol 20 tests positifs, soit 2 %, pour l'irgamide 29, soit 2,9 %. Parmi l'ensemble des cas examinés, une sensibilisation antérieure aux sulfamidés n'est certaine que 14 fois.

Dans 23 cas, nous avons employé avec succès un onguent à la pénicilline contenant 10 000 u. O/g., appliqué après décapage soigneux des lésions à la vaseline salicylée à 3 % durant un à deux jours.

Sans nier la valeur évidente de l'onguent à la pénicilline (*Hellier-Hodgson*, *Huriez-Leborgne*, *Mollinedo*, *Wilde*,

TABLEAU II  
Résultats obtenus dans les cas d'impétigo vulgaire

| Nombre de cas traités                                                | Bons    | Durée moyenne<br>de la maladie | Dose moyenne<br>donnée en 1 choc | Problé-<br>matiques | Nuls |
|----------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|------|
| au prontosil rouge per os<br>+ traitement local:<br>26 cas           | 18 69%  | 8-16 j.                        | 8-14 g                           | 5                   | 3    |
| à la pénicilline i. m.<br>+ traitement local:<br>10 cas              | 5 50%   | 7-14 j.                        | 3-600 000 u. o.                  | 0                   | 5    |
| à la pénicilline en on-<br>guent à 10 000 u. o.<br>par g.:<br>23 cas | 21 91%  | 6-12 j.                        |                                  | 0                   | 2    |
| à la vaseline salicylée<br>3% + 1% de rivanol:<br>50 cas             | 50 100% | 6-12 j.                        |                                  | 0                   | 0    |

*Wright-Gross*), nous sommes restés fidèles au bactéricide très puissant qu'est le rivanol, dérivé de l'acridine. (Nous l'employons à 1 % incorporé dans de la vaseline salicylée à 3 %.) Contrairement à la pénicilline qui incorporée à un onguent est instable et perd rapidement de son efficacité, il a l'avantage d'être stable incorporé à un excipient.

Si nous dressons un parallèle entre les résultats obtenus par le traitement local à la pénicilline (23 cas) et au rivanol (nous avons pris les 50 derniers cas traités par cette méthode), nous remarquons que ceux-ci sont superposables, la guérison étant obtenue en une à deux semaines. Fait intéressant, plusieurs fois nous avons traité une partie des lésions à l'onguent à la pénicilline, l'autre partie, simultanément, au rivanol sans avoir remarqué de différence sensible entre les deux traitements. Parmi plusieurs centaines de cas d'impétigo traités au rivanol, nous n'avons enregistré que trois fois une irritation médicamenteuse; nous avons alors employé la pénicilline qui fut bien supportée. Par contre, nous ne pouvons juger des réactions allergiques causées par les applications de pénicilline dans les impétigos; parmi les cas peu nombreux que nous avons traités, nous n'en avons observé aucune; mais si nous nous reportons aux résultats d'ensemble concernant l'emploi de la pénicilline in loco, les dermatites causées par la pénicilline sont proportionnellement aussi nombreuses, si ce n'est plus, que celles que nous avons notées après application de rivanol. En clinique, nous avons observé une dermatite sur 58 cas traités par un onguent à la pénicilline (1,7 %). Les statistiques au sujet des sensibilisations à la pénicilline sont très variables. 0 % selon *Davies*, 4 à 5 % selon *Gottschalk* et *Weiss*, 11 % selon *Hopkins-Lawrence*, atteignant 15 % d'après *Pillsbury*.

Lorsque les lésions étaient très étendues ou que le malade présentait un mauvais état général ou une affection intercurrente, ou enfin que par traitement local les lésions restaient stationnaires ou guérissaient lentement, nous avons associé à ce dernier un traitement interne (pénicilline donnée par chocs de 300 à 600 000 u. O. à raison de 200 000 u. O. par jour et réfractée en 4 injections i. m. de 50 000 u. O. et en doses proportionnellement moindres et variant selon l'âge chez les enfants, ou prontosil donné par chocs de 8 à 16 g. à raison de 3 g. par jour chez les adultes et de 1,5 g. chez les enfants.) A l'en-

contre de *Burkhardt*, *Krastelevskaia*, *Schmidt*, nous n'avons jamais remarqué d'action nettement efficace des sulfamidés donnés per os (26 cas traités au prontosil rouge). Avec les injections de pénicilline i. m. préconisées par *Wilde*, dans les cas graves, nos résultats ne furent pas meilleurs (10 cas). Rappelons à ce propos que *Storck* a montré que la flore mixte cutanée n'est qu'à peine influencée par l'administration parentérale de pénicilline. Dans les cas favorables, l'évolution fut identique à celle observée lors du simple traitement local (ce sont tous des cas où la médication interne fut administrée d'emblée). Dans les cas où le traitement interne fut donné après une à deux semaines, dans le but d'accélérer la guérison, l'évolution se poursuivit avec la même lenteur. Ces échecs se rencontrent presque uniquement chez des adultes ou des nourrissons chez lesquels nous avons même enregistré 2 décès.

Obs. 5. Un nourrisson de 14 mois présente à l'entrée un impétigo vulgaire évoluant en s'aggravant depuis trois semaines et apparu à la suite d'une otite externe bilatérale. La température oscille entre 39 et 41°. Après une tentative de traitement au diazil, qui est mal supporté et provoque des vomissements, nous prescrivons de la pénicilline à raison de 10 000 u. O. toutes les trois heures jusqu'à un total de 250 000 u. O. Ce traitement reste sans effet sur l'impétigo. L'enfant est collabé et présente du méningisme. Il meurt sans que le pédiatre ait trouvé une origine interne à son état grave. La bactériologie de la peau montre des staphylocoques dorés hémolytiques.

À l'autopsie, on note le status suivant (Prof. *Waltherd*): œdème lymphatique, hémorragies pleurales et de la muqueuse du tube digestif, dégénérescence graisseuse du foie, ascaridiase, goître congénital. Les cultures faites avec les tissus de la rate restent stériles après 72 heures.

Un autre décès fut à déplorer chez un nourrisson de 6 mois ayant reçu 1 500 000 u. O. de pénicilline (voir *Robert*).

### *Folliculites* (cf. tabl. III).

Dans les poussées de *folliculites superficielles* à répétition (13 cas), le traitement interne aux sulfamidés ou à la pénicilline se révèle, à quelques exceptions près, inopérant.

Parmi les 9 cas traités au prontosil rouge donné per os (*Bory* estime que les sulfamidés sont, ou complètement inefficaces, ou même nuisibles), les seuls succès que nous enre-

TABLEAU III

Résultats obtenus dans les cas de sycosis microbiens de la barbe, les folliculites

|                                | Nombre de cas traités         | Nombre de chocs |    | Bons  | Durée moyenne de la maladie traitée par 1 choc | Dose moyenne donnée en 1 choc | Pro- bléma- tiques | Nuls |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|----|-------|------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|------|
|                                |                               | I               | II |       |                                                |                               |                    |      |
| Folliculites                   | au prontosil rouge:<br>9 cas  | 3               | 0  | 3 33% | 9 j.                                           | 12-15 g.                      | 2                  | 4    |
|                                | à la pénicilline:<br>4 cas    | 1               | 0  | 1 25% |                                                |                               | 2                  | 1    |
| Sycosis microbiens de la barbe | au prontosil rouge:<br>20 cas | 8               | 1  | 9 45% | 14-21 j.                                       | 10-15 g.                      | 3                  | 8    |
|                                | à la pénicilline:<br>7 cas    | 5               | 1  | 6 86% | 12-20 j.                                       | 300 000 u. o.                 | 1                  |      |

gistrions sont certainement imputables au traitement local (solution désinfectante: eau d'Alibour 10 %, permanganate de potassium 0,5 ‰, pâtes soufrées, résorcinées, badigeon au cinabre 1 %, à la résorcine 2 à 3 %). Il s'agit de cas présentant pour la première fois une poussée de folliculites et qui guérissent en neuf à douze jours, le traitement général étant institué à l'entrée en même temps que le traitement local.

Les cas présentant déjà une longue évolution malgré un traitement local, sont tous réfractaires aux sulfamidés donnés per os. L'anatoxine staphylococcique est alors beaucoup plus efficace, amenant la guérison dans 60 à 70 % des cas.

Avec la pénicilline donnée par voie parentérale (4 cas), les résultats sont presque aussi décevants et nous n'avons enregistré qu'un succès, la guérison en 12 jours de nombreuses folliculites, grâce à 640 000 u. O. i. m/4 jours; il s'agissait d'un diabétique (glycémie 330 mg.%), chez lequel les folliculites évoluaient par poussées successives depuis deux mois malgré le traitement local.

N'ayant aucune expérience concernant la pénicilline en application locale, nous ne ferons que citer *Wilde* qui obtient des améliorations, mais pas de guérison certaine et *Wright-Gross* dont les résultats sont satisfaisants dans 50 % des cas.

Dans les *sycosis microbiens* de la barbe (cf. tabl. III), alors que *Goldman-Suskind-Friend* ne remarquent aucun effet après application locale de pénicilline, d'autres auteurs, tels que *Miescher*, *Martin-Sureau*, *Tzanck-Moline-Sidi* obtiennent de bons résultats et considèrent que le traitement local est supérieur aux injections i. m. ou focales. *Hellier-Hodgson*, *Wilde* insistent sur le fait que les résultats sont souvent passagers et qu'il faut poursuivre le traitement assez longtemps, si l'on veut éviter les récives. Notre expérience ne se rapporte qu'à des cas traités par voie parentérale (7 cas) avec des doses variant de 200 000 à 400 000 u. O. Dans 6 sur 7 cas, nous avons obtenu une guérison en 12 à 20 jours, sans récive à brève échéance. Sans aucun doute, ce beau résultat doit être attribué à la pénicilline, du moins en grande partie, car le traitement local fut le même que celui employé avant l'avènement des antibiotiques, avec des résultats nettement moins bons (solution désinfectante: pantosept 1 ‰, permanganate de potassium 0,5 ‰, eau d'Alibour 10 ‰, solution de

Vleming, pâtes à l'ichtyol, au soufre, à la résorcine, cataplasmes).

Les résultats obtenus avec les sulfamidés (20 cas traités au prontosil rouge) furent nettement moins bons (45 % de succès) quoique parfois indéniables. Nous signalerons, par exemple, la guérison d'un sycosis présentant sans cesse de nouvelles poussées depuis un an, malgré divers traitement locaux (prontosil rouge 15 g. + anatoxine). Les cas n'ayant pas réagi aux sulfamidés furent en général guéris (6 sur 8 cas) en trois à huit semaines par des injections d'anatoxine staphylococcique en dose croissante.

Nous diviserons le groupe des *furuncles* (cf. tabl. IV) en deux parties, l'une traitant des furunculoses chroniques récidivantes, l'autre des furunculoses secondaires accompagnant une autre dermatose. Nous attacherons une importance primordiale aux cas de furunculoses récidivantes chroniques qui permettent de juger de la façon la plus aisée et la plus sûre, la valeur des médicaments qui nous occupent. En effet, nous tenons principalement à savoir si les sulfamidés ou la pénicilline permettent d'empêcher l'apparition de nouveaux éléments, laissant délibérément de côté les données souvent relatives concernant la durée d'évolution d'un furoncle. Nous tiendrons compte des cas traités par le prontosil rouge donné par voie buccale (d'autres cas isolés ayant été soignés par divers autres sulfamidés avec des résultats quasi identiques) et des cas traités par la pénicilline donnée par voie parentérale. Ne possédant pas d'expérience suffisante, nous ne nous occuperons pas des résultats obtenus par injection de pénicilline in loco. Ces injections, dont le pourcentage varie de 500 à 50 000 u. O. par cm<sup>3</sup>, sont recommandées par *Comet, Hellier-Hodgson, Mollinedo, Rost*.

*Les furunculoses récidivantes et chroniques* (57 cas) avaient déjà toutes été traitées avant leur hospitalisation. Avec le prontosil rouge, dans 26 cas sur 34, soit le 76 % des cas, les patients furent guéris en 10 à 18 jours par un choc unique (cf. les résultats de *Bertin-Huriez*). Dans deux cas, un choc fut insuffisant pour juguler l'apparition de nouveaux éléments, alors qu'un deuxième choc se montra efficace. Dans six cas, deux ou plusieurs chocs furent sans effet. Avec la pénicilline (17 cas, les résultats sont incontestablement meilleurs, la guérison étant obtenue dans la règle (88 %) en sept à onze jours. Nous

TABLEAU IV

|                                                                      | Nombre de cas traités               |    | Nombre de chocs |    | Bons | Durée moyenne de la maladie | Dose moyenne donnée en 1 choc |                         | Problèmes cliniques |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-----------------|----|------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------|
|                                                                      | I                                   | II | I               | II |      |                             |                               |                         |                     |
| Furonculoses chroniques et récidivantes                              | au prontosil rouge: 34 cas          |    | 24              | 2  | 26   | 76%                         | 10—18 j.                      | 12—20 g.                | 2 6                 |
|                                                                      | à la pénicilline: 17 cas            |    | 14              | 1  | 15   | 88%                         | 7—11 j.                       | 600 000—1 200 000 u. o. | 2 —                 |
|                                                                      | à la pénicilline + sulfamidé: 6 cas |    |                 |    | 3    | 50%                         |                               |                         | 3 —                 |
| Furonculoses secondaires observées dans d'autres affections cutanées | au protosil rouge: 16 cas           |    | 9               | 9  | 9    | 56%                         |                               | 12—20 g.                | — 7                 |
|                                                                      | à la pénicilline: 6 cas             |    |                 |    | 6    | 100%                        |                               | 800 000—1 000 000 u. o. | — —                 |
|                                                                      | traitement combiné: 5 cas           |    |                 |    |      |                             |                               |                         |                     |
| Anthrax (localisés, principalement à la nuque)                       | au prontosil rouge: 10 cas          |    |                 |    | 3    | 60%                         |                               |                         | 1 1                 |
|                                                                      | traitement combiné: 3 cas           |    | 8               | 8  | 8    | 80%                         |                               | 12—20 g.                | 1 1                 |
|                                                                      |                                     |    |                 |    | 2    | 66%                         |                               |                         | 1 —                 |
| Hidrosadénites                                                       | au prontosil rouge: 11 cas          |    | 7               | 7  | 7    | 63%                         | 8—14 j.                       | 12—20 g.                | 1 3                 |
|                                                                      | à la pénicilline: 9 cas             |    |                 |    | 6    | 2                           | 89%                           | 9—19 j.                 | 300 000 u. o.       |
|                                                                      | traitement combiné: 3 cas           |    |                 |    |      | 0%                          |                               |                         | 1 2                 |

avons eu l'occasion d'observer que les doses de 600 000 à 1 200 000 u. O. réfractées à raison de 200 à 300 000 u. O. par jour données en un choc unique sont indispensables (cf. *Wilde*). Les chocs de 200 000 à 400 000 u. O. ont toujours été insuffisants (cf. les données contradictoires de *Miescher*, *Mollinedo*). Dans un cas significatif, nous avons observé des récurrences continuelles, la pénicilline ayant été prescrite par petits chocs hebdomadaires de 200 000 u. O. données à raison de 4 fois 50 000 u. O. en un jour, le total atteignant 1 800 000 u. O. La combinaison des deux médicaments n'a présenté aucun avantage.

Parmi les cas qui n'ont pas réagi aux sulfamidés ou à la pénicilline, la guérison a été obtenue dans le 60 à 70 % des cas, après cinq à quatorze semaines, par l'anatoxine staphylococcique et dans les autres cas par des autovaccins ou un traitement de choc non spécifique (lait, thérébentine, auto-hémothérapie).

Notons que nous n'avons trouvé aucune relation entre l'efficacité du traitement et le taux de la glycémie. Dans un quart des cas les glycémies étaient de 120 à 180 mg.%, mais sans glucosurie. Ces perturbations légères du métabolisme des glucides se retrouvent en égale proportion aussi bien dans les échecs que dans les cas satisfaisants.

Nous n'attacherons pas grande importance au groupe des *furunculoses secondaires* (27 cas) dont les résultats n'ont qu'une valeur très relative, l'évolution en étant, du moins partiellement, fortement influencée par le traitement de la dermatose primitive. Si dans 56 % des cas (9 cas), nous avons obtenu une guérison après un choc de 12 à 20 g. de prontosil rouge, dans les autres cas, 2 ou plusieurs chocs furent sans effet. Avec la pénicilline, la guérison fut obtenue dans tous les cas (6 cas) et rapidement grâce à des doses variant de 800 000 u. O. à 1 000 000 u. O. i. m.

Dans les *anthrax* (cf. tabl. IV), l'action favorable du prontosil rouge en un choc de 12 à 20 g. fut incontestable dans 8 des 10 cas traités: chute de la température en trois à cinq jours, sédation des douleurs en moins d'une semaine, démarcation de la nécrose et début de la granulation en deux semaines. On remarque dès le début une forte diminution de l'infiltration régionale. Nous n'émettons aucun jugement en ce qui concerne le traitement à la pénicilline, nos

TABLEAU V

Résultats obtenus dans les cas d'eczéma microbien, de dermatites érosives, d'ulcères variqueux

|                     | Nombre de cas traités         | Dosage                      | Bons | Problé-<br>matiques | Nuls |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|------|---------------------|------|
| Eczéma microbien    | au prontosil rouge:<br>12 cas | 6—25 g.                     | 5    | 41%                 | 3    |
|                     | à la pénicilline:<br>3 cas    | 4—600 000 u. o.             | 1    | 33%                 | 1    |
| Dermatites érosives | au prontosil rouge:<br>17 cas | 12—42 g.                    | 2    | 14%                 | 6    |
|                     | à la pénicilline:<br>11 cas   | 400 000—<br>1 800 000 u. o. | 4    | 36%                 | 2    |
| Ulcères variqueux   | au prontosil rouge:<br>8 cas  | 10—30 g.                    | 0    | 0%                  | 1    |
|                     | à la pénicilline:<br>6 cas    | 2—4 000 000 u. o.           | 1    | 16%                 | 0    |

observations n'étant pas assez nombreuses (3 cas). Citons toutefois que *Miescher*, *Cuilleret* estiment que son action est particulièrement impressionnante dans les anthrax, alors que *Hellier-Hodgson* observent souvent des récurrences après une amélioration sensationnelle au début.

Dans les *hidrosadénites* (23 cas, cf. tabl. IV), les résultats sont pratiquement superposables à ceux obtenus dans les furunculoses. Dans ces cas aussi, la pénicilline i. m. (9 cas) fut sensiblement plus efficace, permettant une guérison rapide en neuf à dix-neuf jours dans 89 % des cas (8 cas), alors qu'avec le prontosil rouge (11 cas), nous obtenons 63 % de réussites (7 cas). Lorsque la pénicilline ou les sulfamidés furent administrés sans succès, on vint finalement à bout de l'infection, dans deux tiers des cas par l'anatoxine staphylococcique, dans les autres cas par des injections de thérébentine, l'autohémothérapie, la radiothérapie.

Si nous considérons à présent l'ensemble des folliculites et les lésions très voisines, sinon identiques (*Sabouraud*) que sont les hidrosadénites, nous pouvons faire les constatations suivantes concernant la valeur comparative des sulfamidés donnés par voie buccale et la pénicilline administrée par voie parentérale. Dans les *folliculites superficielles*, l'action tant de la pénicilline que des sulfamidés est pratiquement nulle ou du moins très problématique. Dans les *folliculites semi-profondes* (sycosis) et *profondes* (furuncles, anthrax + hidrosadénites), l'action de la pénicilline est indéniable, avec un pourcentage global de bons résultats atteignant le 90 % des cas traités; les sulfamidés, comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre dans des affections à staphylocoques, sont moins efficaces, le pourcentage global de réussite thérapeutique étant de 69 % dans les formes profondes et de 45 % dans les formes semi-profondes.

Si nous dressons un parallèle entre les dermatoses à streptocoques, en prenant pour type l'érysipèle, et les pyodermites à staphylocoques, nous voyons que si les résultats sont pratiquement comparables en ce qui concerne la pénicilline, les infections à streptocoques réagissent nettement mieux que celles à staphylocoques aux sulfamidés.

Sans vouloir sortir du cadre que nous nous sommes assignés dans ce travail, disons succinctement qu'outre la différence bien connue de sensibilité du streptocoque et du staphylo-

coque vis-à-vis des sulfamidés in vitro, d'autres facteurs, en particulier l'encapsulement des lésions que *Legroux* et *Le-normant* puis *Bory* proposent de combattre par des préparations iodées (p. ex. iodoxyquinoléine-sulfonamide), l'abondance du pus (présence d'acide paraaminobenzoïque), le réensemencement facile à partir des repaires microbiens que sont les follicules pilaires sont autant de faits, qui en s'ajoutant, expliquent les résultats relativement médiocres obtenus par les sulfamidés.

Nous terminerons ce chapitre traitant des affections à pyocoques par un aperçu sur quelques maladies dans lesquelles la participation pyococcique est certaine, mais non prédominante.

Dans 14 cas d'*ulcères variqueux*, nous avons prescrit de la pénicilline (6 cas) ou des sulfamidés (prontosil rouge 8 cas), soit lors d'une affection intercurrente, soit chez des patients soignés conjointement pour syphilis nerveuse et chez lesquels nous avons prescrit 2 400 000 à 4 800 000 u. O. i. m. de pénicilline en une ou deux semaines.

Dans un seul cas, nous avons remarqué, après avoir administré 2 400 000 u. O. de pénicilline, une forte régression d'un ulcère stationnaire depuis longtemps. Avec les sulfamidés, nous n'avons jamais remarqué d'amélioration digne d'être notée.

Parmi 28 cas de *dermatites érosives*, 4 cas sur 11 réagissent favorablement à la pénicilline. On observe une diminution nette de l'inflammation aiguë et le suintement cesse en moins de cinq jours, alors qu'un cas, par exemple, restait stationnaire depuis un mois. Avec le prontosil rouge, les résultats sont encore plus médiocres et dans 2 cas sur 17 seulement, nous avons noté une amélioration certaine.

Dans 15 cas d'*eczémas microbiens*, nous avons administré de la pénicilline ou des sulfamidés, soit dans le but d'agir directement sur l'eczéma, soit à l'occasion d'une affection intercurrente (broncho-pneumonie, etc.) A l'encontre de *Chevallier*, de *Bertin-Huriez*, qui estiment que les eczématides sont le triomphe des sulfamidés, nous avons noté plus d'échecs que de réussites (41 %). Cette constatation ne nous surprend en rien, si l'on tient compte de la variété de la flore que l'on trouve dans ces cas (*Robert, Storck*). Pour cette même raison, la pénicilline ne s'est pas montrée plus active. Dans les cas

les plus favorables, on note au début une amélioration sensible avec diminution de l'inflammation et des phénomènes exsudatifs. La durée de la maladie n'est néanmoins pas écourtée.

## II.

### *Les affections bacillaires aiguës*

Seule la *diphthérie cutanée* retiendra notre attention. Nous ne dirons rien du *charbon* et de l'*érysipéloïde*, affections dans lesquelles d'éclatants succès furent publiés après traitement aux sulfamidés qui sont actuellement délaissés au profit de la pénicilline ou d'autres antibiotiques.

Alors que les bons effets des sulfamidés dans les *diphthéries cutanées* sont reconnus par *Brillinger, Fetscher, Grimmer, Moser, Rupprecht* et ceux de la pénicilline par *Delstanche, Hellier-Hodgson*, nous n'avons jamais obtenu de résultats satisfaisants avec ces médicaments. En effet, dans 4 cas, nous avons employé des doses de pénicilline variant de 600 000 à 2 800 000 u. O. i. m., dans 4 cas des doses de prontosil rouge de 12 à 15 g. sans remarquer aucune amélioration locale. Toutes les cultures de bacilles de *Löffler* restèrent positives après traitement. Les applications locales de pommade aux sulfamidés ou d'onguent à la pénicilline restèrent aussi sans effet. Les compresses et la vaseline rivanolées, la teinture d'Arning restent les médicaments de choix. (Voir à ce sujet les travaux publiés par *Robert, Schwarz* dans notre clinique).

## III.

### *Les infections à virus*

Nous avons eu l'occasion de constater que dans des cas d'*herpès* où nous eûmes à prescrire des sulfamidés ou de la pénicilline pour une affection intercurrente, ces médicaments furent sans effet sur la dermatose (résultats concordants à ceux mentionnés par *Goldman-Suskind-Friend*). Nous avons même noté l'apparition d'un *herpès* au cours d'un traitement aux sulfamidés ou à la pénicilline.

## IV.

### *Les dermatomycoses*

Dans les *actinomycoses*, plusieurs cas de guérison par les sulfamidés ont été décrits (*Miller, Wernsdörfer*). Nous avons

eu l'occasion d'en prescrire à trois reprises. Dans deux cas, l'action fut nulle, alors que le troisième cas mérite d'être signalé:

Un homme de 55 ans présente une actinomycose à la mâchoire inférieure accompagnant une carie dentaire. L'intradermoréaction à l'actinomycine est positive, nombreux filaments dans les frottis. Au début, on remarque une tumeur de 2,5 cm. de diamètre. On avulse la dent malade et l'on prescrit 80 g. d'elkosine en seize jours. Au départ, toute trace de tumeur avait disparu et il ne persistait qu'une petite cicatrice.

Nous n'avons aucune expérience du traitement à la pénicilline avec laquelle divers auteurs ont cité de bons résultats (*Hamilton-Kirkpatrick, Hendrickson-Lehmann, Misgeld, Wilde*).

Dans 13 cas de *trichophytie profonde* (11 cas de sycosis de la barbe, 2 cas de kérion de Celse) nous avons prescrit des sulfamidés ou de la pénicilline, dans l'espoir de tarir une suppuration abondante. Avec la pénicilline (2 cas), nous n'avons remarqué aucun effet. Parmi les cas traités aux sulfamidés, par trois fois, nous avons noté une amélioration sensible, caractérisée par une forte et rapide diminution des phénomènes suppuratifs. Il s'agit de 3 cas déjà hospitalisés depuis 10 à 37 jours et qui ne présentaient soit aucun changement, soit une aggravation de leur état local malgré le traitement (cataplasmes, compresses de pantosept 1 %, vaseline ichtyolée 20-50 %). Cependant, la durée d'évolution ne fut jamais écourtée, nécessitant une hospitalisation de 1 à 2 mois. Nous n'avons jamais observé les résultats éclatants, cités par *Holz-Lohel, Schmidt, Wernsdörfer*, et nous nous rangeons à l'avis de *Krantz* qui estime que, quoique les sulfamidés n'ont aucune action directe sur les champignons, leur emploi est justifié dans de nombreux cas pour combattre l'infection pyococcique secondaire.

Dans les *épidermophyties*, à l'occasion d'une affection intercurrente, nous avons employé dans 3 cas 9 à 12 g. de prontosil rouge dans 1 cas 1 000 000 u. O. pénicilline, sans jamais remarquer d'action sur la mycose. Les bons résultats, cités par *Schultze, Wernsdörfer*, grâce aux sulfamidés donnés per os ou en applications locales, sont très problématiques.

Pour terminer, nous dirons quelques mots des relations entre les mycoses et la pénicilline. Comme l'ont montré *Jadas-*

sohn, Schaaf et Wohler par leurs recherches sur certains hyphomycètes et oïdiomycètes, les champignons ont en plus de facteurs antigéniques particuliers, un facteur antigénique commun. De ce fait, des patients qui ont été sensibilisés par une mycose précédente peuvent présenter après administration de pénicilline des lésions morphologiquement semblables aux mycides. Graves-Carpenter-Unangst, Templeton-Lunsford-Allington citent des cas de patients présentant des lésions vésiculeuses 24 heures après l'administration de pénicilline. Ces patients avaient dans leurs antécédents présenté une dysidrose et il subsistait une réaction positive à la trichophytine.

## V.

### *Les dermatoses à étiologie infectieuse hypothétique*

Dans les cas de *lupus érythémateux*, Bäfverstedt, Schmidt, Wile-Holman ont observé des améliorations par les sulfamidés. Hruszek a obtenu des guérisons. Notre expérience avec les sulfamidés nous permet de formuler quelques constatations. Dans les formes de *lupus érythémateux aigu d'emblée*, sur 4 cas traités, 3 se sont terminés par un décès après avoir reçu de 25 à 111 g. de cibazol prescrit par petits chocs de 20 à 40 g. donnés à raison de 3 à 7 g. par jour. Dans un quatrième cas, hospitalisé récemment et dont le pronostic reste en suspens, nous avons observé le retour au status antérieur après une exacerbation provoquée par 1 500 000 u. O. de pénicilline. Cette patiente a reçu 36 g. de prontosil rouge en douze jours. Parmi ces 4 cas, on note par deux fois une exacerbation des lésions. Nous en signalerons encore une, survenant cette fois dans une poussée aiguë d'un *lupus érythémateux chronique*. Ces aggravations que signalent Robert, Coste-Boyer-Piguet, v. Fischer et Propert atteignent ainsi 3 des 5 cas traités. En conclusion, les sulfamidés sont dangereux à prescrire dans les *lupus érythémateux aigus*, car ils provoquent dans la majorité des cas des exacerbations, se révélant ou complètement inefficaces ou d'efficacité très douteuse par ailleurs.

Avec la pénicilline, les résultats ne sont pas meilleurs. Elle n'arrive pas à enrayer l'évolution fatale des *lupus érythémateux aigus d'emblée* (2 cas = 2 décès après 2 400 000 et 6 300 000 u. O. de pénicilline). Dans les poussées aiguës de *lupus érythémateux chronique* (4 cas) et dans les formes fixes

chroniques (4 cas), nous avons dans la moitié des cas, noté une décongestion passagère des lésions (confirmant ainsi les observations de *Gougerot-Pillet-Savatton*). Tous ces cas ont récidivé à brève échéance. Parmi les 12 cas traités à la pénicilline, nous avons à signaler une exacerbation après 1 500 000 u. O. (voir paragraphe conc. sulf.), confirmant ainsi les observations de *Kalkoff* et *Keining*.

A la suite de *Chiale* qui signale dans les *mycosis fongoïdes* des améliorations obtenues par les sulfamidés, nous avons dans deux cas prescrit du cibazol à raison de 30 et 33 g. en six jours sans aucun effet. Un cas se termine par un décès en clinique. *Löhe*, *Vernier* soulignent l'action favorable de la pénicilline dans la même affection. Nous n'avons aucune expérience à ce sujet.

En ce qui concerne les *dermatites polymorphes douloureuses*, nous n'avons jamais eu l'occasion de remarquer les améliorations souvent éclatantes notées par *Costello*, *Kaz-nelson*, *Sweitzer* et *Scheer*. Dans 3 cas, nous avons prescrit des sulfamidés (sulfapyridine, dagénan, cibazol, elkosine, prontosil rouge) sans aucun effet.

Le seul cas où nous ayons administré de la pénicilline (5 300 000 u. O.) s'est terminé par un décès. Chez ce même malade, nous avons prescrit de l'auréomycine donnée chaque jour en dose croissante de 1 à 3 g. jusqu'à la dose totale de 20 g. Le patient meurt peu de temps après, sans que l'auréomycine ait influencé sa dermatite polymorphe douloureuse.

Dans les cas de *pemphigus vulgaire*, les résultats ne furent pas meilleurs. *Bertin-Huriez*, *Bureau*, *Caro*, *Nicolas-Rousset-Lavabre*, *Stalder* citent des améliorations souvent remarquables après traitement aux sulfamidés. Dans le seul cas où nous avons employé le cibazol, le patient meurt après avoir reçu 12 g. en trois jours. Nous avons aussi prescrit de la pénicilline dans 3 cas sans effet (apparition de nouvelles bulles ou aggravation dans 1 cas après 1 800 000 u. O., dans un autre après 6 300 000 u. O., dans le troisième après 15 500 000 u. O.). Ainsi, nous ne pouvons confirmer les guérisons ou les améliorations, même transitoires, publiées par *Gaté*, *Margarot-Rimbaud*, *Roux*, et nous nous rangeons à l'opinion de *Goldman-Suskind-Friend*, *Mollinedo*, *Roederer* et coll., *Wilde* qui estiment que la pénicilline est sans action dans les pemphigus.

Cependant, comme le font remarquer *Gadrat-Bazex-Bolte, Soby*, la pénicilline combat souvent efficacement les phénomènes suppuratifs accompagnant les pemphigus et les dermatites polymorphes douloureuses.

Dans les *érythrodermies arsenicales*, les sulfamidés ne donnent pas dans l'ensemble de meilleurs résultats que ceux enregistrés avec le vieux traitement au thiosulfate de soude (voir à ce sujet les travaux de *Robert-Stettler, Stettler*, publiés dans notre clinique).

### Résumé

Ce travail résume les résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement de diverses dermatoses par sulfamidés et la pénicilline.

#### I. — *Les affections à pyocoques.*

*Erysipèles.* Ils sont en général très sensibles aussi bien aux sulfamidés qu'à la pénicilline. Cependant, les cas localisés aux membres inférieurs, lorsque les conditions circulatoires sont déficientes, réagissent nettement moins bien.

*Impétigos.* Alors que la pénicilline en application locale est très active, sans toutefois surpasser le rivanol, le traitement interne aux sulfamidés ou à la pénicilline est inopérant.

*Folliculites.* Notre expérience concerne uniquement le traitement par voie interne. La pénicilline est relativement active, aussi bien dans les formes semi-profondes (sycosis) que profondes (furuncles, anthrax) et pour ainsi dire nulle dans les formes superficielles (ostio-folliculites). Les sulfamidés n'atteignent jamais le degré d'efficacité de la pénicilline et ceci d'autant plus que les lésions sont plus superficielles.

*Hidrosadénites.* Résultats identiques à ceux obtenus dans le traitement des folliculites profondes.

*Ulcères variqueux.* La pénicilline et les sulfamidés n'ont qu'une action peu importante.

*Dermatites érosives. Eczémas microbiens.* La durée de l'évolution ne fut jamais écourtée, que l'on prescrive des sulfamidés ou de la pénicilline.

#### II. — *Affections bacillaires aiguës.*

*Diphthérie cutanée.* Dans tous nos cas, les cultures de bacilles diphthériques restèrent positives, malgré le traitement interne aux sulfamidés ou à la pénicilline.

### III. — Infections à virus.

La pénicilline et les sulfamidés sont sans effet dans les cas d'herpès.

### IV. — Dermatomycoses.

Dans un cas d'*actinomycose*, l'elkosine parut avoir un effet certain. Dans tous les autres cas, la pénicilline et les sulfamidés furent sans effet sur l'affection elle-même, mais dans plusieurs cas de *trichophyties profondes*, ils diminuèrent de façon notable la suppuration.

### V. — Dermatoses à étiologie infectieuse hypothétique.

*Lupus érythémateux*. Dans les formes aiguës, les sulfamidés provoquent des exacerbations dans la majorité des cas. Dans les autres formes, ils sont inefficaces. Avec la pénicilline, on note des succès passagers, mais jamais définitifs.

*Dermatites polymorphes douloureuses, pemphigus vulgaire, mycosis fongoides*. On enregistre un échec complet de la pénicillino- et sulfamidothérapie.

*Erythrodermies arsenicales*. Le traitement au thiosulfate de soude donne d'aussi bons résultats que celui aux sulfamidés.

## Index bibliographique

### Principales monographies

- Antibiotics*: Oxford medical publications. Oxford university press 1949.  
*Bertin et Huriez*: Les sulfanilamides en dermatologie, Paris, 1942.  
*Bickel, G.*: La sulfanilamide, Lausanne, 1940.  
*Domagk, G.*: Pathologische Anatomie und Chemotherapie der Infektionskrankheiten. Stuttgart, 1947.  
*Domagk und Hegler*: Chemotherapie bakterieller Infektionen, Leipzig, 1942.  
*Durel*: Thérapeutique sulfamidée. Paris, 1940.  
*Fleming, A.* Penicillin. London, 1946.  
*Grüniger, W.*: Penicillin. Bern. 1946.  
*Harvier et Perrault*: Sulfamidothérapie. Paris, 1941.  
*Levaditi, C.*: La pénicilline. Paris, 1945.  
*Loeper et coll.*: Sulfamidothérapie. Paris, 1944.  
*Martin, Mitti, Sureau, Berrod*: La pénicilline. Paris, 1945.  
*Schönfeld und Kimmig*: Sulfonamide und Penicillin. Stuttgart, 1948.  
*Thérapeutique par la pénicilline*: ministère de la Santé publique. Paris, 1947.  
*Wagner-Jauregg, T.*: Therapeutische Chemie. Bern, 1949.

# Références:

- Anderson: Lancet. 6048, 257 (1939).  
 Bäfverstedt: Zbl. Haut- u. Geschlkrkh. 67, 568 (1941).  
 Bory: Bull. mém. soc. méd. 3, 35 (1944).  
 Brillinger: Dermat. Wschr. 182 (1943).  
 Bureau: Bull. soc. fr. dermat. 47, 442 (1940).  
 Burkhardt: Schw. med. Wschr. 663 (1941).  
 Caro: Arch. of dermat. 37, 196 (1938).  
 Carpenter, Hall: Arch. of dermat. 51, 241 (1945).  
 Chevallier: Paris médical. 1—2, 9 (1941).  
 Chiale: Dermat. Wschr. 115, 949 (1942).  
 Comet: Ann. fr. dermat. 51 (1947).  
 Coste, Boyer, Piguet: Bull. soc. fr. dermat. 58 (1947).  
 Costello: Arch. of dermat. 56, 614 (1947).  
 Cuilleret: Ann. fr. dermat. 51 (1947).  
 Cuilleret, Philippe: Bull. soc. fr. dermat. 361 (1946).  
 Davies et coll.: Quart. J. Med. 14, 183 (1945). Cit. in Storck.  
 Delbanco, Callomon: Handb. d. Haut- u. Geschlkrkh. IX/1 (1929).  
 Delstanche: Bruxelles médical 1504 (1946). Cit. in Bull. Inst. Pasteur 738, (1947).  
 Fetscher: Dtsch. med. Wschr. 70, 159 (1944).  
 Fischer, v.: Dermatologica 94, 147 (1947).  
 Gadrat, Bazex, Bolte: Bull. soc. fr. dermat. 57 (1948).  
 Gaté, Cuilleret: Bull. soc. fr. dermat. 359 (1946), cit. in Mollinedo.  
 Goldman, Suskind, Friend: Arch. of dermat. 55, 793 (1947).  
 Gottschalk, Weiss: Arch. of dermat. 53, 365 (1946). 56, 775 (1947).  
 Gougerot, Pillet-Savaton: Bull. soc. fr. dermat. 187 (1947).  
 Graves, Carpenter, Unangst: Arch. of dermat. 50, 6 (1944).  
 Grimmer: Z. Haut- u. Geschlkrkh. 2, 293 (1947).  
 Hamilton, Kirkpatrick: Brit. med. J. 728 (1945).  
 Hellier, Hodgson: Lancet 462 (1945). / Ann. fr. dermat. 226 (1947).  
 Hendrickson, Lehman: J.A.M.A. 128, 438 (1945).  
 Holz, Lohel: Z. Haut- u. Geschlkrkh. 4, 44 (1948).  
 Hopkins, Lawrence: J. of Allergy 18, 251 (1947).  
 Hruszek: Brit. J. of dermat. 445 (1939).  
 Huriez, Leborgne: Cit. in Mollinedo.  
 Jadassohn, Schaaf, Wohler: J. of Immun. 32, 203 (1937).  
 Kalkoff: Zbl. Haut- u. Geschlkrkh. 72, 257 (1948), in Rost.  
 Kaznelson: Lancet. 246, 22, 209 (1944).  
 Keining: Zbl. Haut- u. Geschlkrkh. 72, 257 (1948), in Rost.  
 Krantz: Z. Haut- u. Geschlkrkh. 6, 33 (1949).  
 Krastelevskaia: Vestn. venerol. i. dermat. 6, 51 (1940), in Zbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 66, 371.  
 Legroux, Lenormant: Presse médicale. 46—47, 579 (1941) / 51, 405 (1943).  
 Löhe: Dtsch. med. Wschr. 394 (1943) / Zbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 72, 257 (1948), in Rost.  
 Lutz: Dermatologica 96, 454 (1948) / 99, 58 (1949).  
 Margarot, Rimbaud: Bull. soc. fr. dermat. 464 (1946).  
 Martin, Sureau: Soc. med. Hop. Paris 11—12, 118 (1944).

- Miescher*: Praxis 35, 869 (1946).  
*Miller*: Cit. in Bertin et Huriez, p. 61.  
*Misgeld*: Z. ärzt. Fortbildung. 43, 9 (1949), cit. in Zbl. f. Haut- und Geschlkrkh. 72, 410 (1949).  
*Mollinedo*: Ann. fr. derm. 7, 112 (1947).  
*Moser*: Dtsch. med. Wschr. 70, 5 (1944).  
*Nelson*: J.A.M.A. 112, 1045 (1939).  
*Nicolas, Rousset, Lavabre*: Bull. soc. fr. derm. 138 (1937).  
*Pillsbury*: J.A.M.A. 132, 692 (1946).  
*Propert*: Lancet. II, 5 (1940).  
*Rieder*: Dtsch. med. Tagung Dresden 1943, cit. in Domagk.  
*Robert*: Dermatologica 79, 399 (1939) / 81, 374 (1940) / 83, 387 (1941) / 85, 415 (1942) / 87, 310 (1943) / 88, 176 (1943) / 89, 319 (1944) / 91, 244 (1945) / 95, 193 (1948) / 99, 73 (1949).  
 Aerzt. Monatshefte. Juniheft 1946.  
 Schw. med. Wschr. 627 (1943) / 1157 (1944).  
 Arch. f. Derm. 1949. En impression.  
 Arch. f. Derm. 173, 267 (1935) / 175, 530 (1937).  
*Robert, Stettler*: Schw. med. Wschr. 488 (1946).  
*Rockstroh*: Aerzt. Wschr. 760 (1947) in Zbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 73, 15 (1949).  
*Roederer et coll.*: Bull. soc. fr. derm. 255 (1948).  
*Rost*: Nord. West. Dtsch. u. Hamburger Derm. Ges. avril 1948, in Zbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 72, 257 (1948).  
*Roux*: Bull. soc. fr. derm. 205 (1948).  
*Rupprecht*: Fschr. Ther. 20, 71 (1944) / Derm. Wschr. 117, 665 (1943).  
*Scheer*: Arch. of derm. 47, 275 (1943).  
*Schmidt*: Fortschr. Ther. 18, 9 (1942) / Zbl. f. Haut- u. Geschlkrkh. 72, 258 (1948), in Rost / Z. Haut- u. Geschlkrkh. 5, 101 (1948).  
*Schreus*: Dtsch. med. Wschr. 7, 256 (1935).  
*Schwarz*: Dermatologica 93, 57 (1946) / Praxis 32 (1947).  
*Schultze*: M. Welt 18, 477 (1944).  
*Sobyte*: Acta derm. vener. 26, 397 (1946).  
*Stalder*: Schw. med. Wschr. 849 (1944).  
*Stettler*: Thèse de l'université de Berne. Schw. med. Wschr. En impression.  
*Storck*: Dermatologica. 96, 177 (1948) / 98, 211 (1949).  
*Sweitzer*: Arch. of derm. 53, 77 (1946).  
*Templeton, Lunsford, Allington*: Arch. of derm. 56, 325 (1946).  
*Tonndorf*: Zbl. Chir. 69, 857 (1942).  
*Toomey*: Ann. int. med. am. 166 (1938), cit. in Domagk.  
*Tzanck, Moline, Sidi*: Bull. soc. fr. derm. 463 (1946).  
*Vernier*: Presse médicale 546 (1947).  
*Wernsdörfer*: Arch. f. Derm. 186, 694 (1948).  
*Wilde*: Z. Haut- u. Geschlkrkh. 4, 114 (1948).  
*Wile, Holman*: Arch. of Derm. 42, 1059 (1940).  
*Wright, Gross*: Arch. of Derm. 55, 52 (1947).

### **Curriculum vitae**

Né à la Chaux-de-Fonds le 11 avril 1923.

Ecoles primaires et secondaires dans cette ville.

Examen de maturité au gymnase de La Chaux-de-Fonds en 1941.

Premier examen propédeutique des médecins à Neuchâtel en 1942.

Deuxième examen propédeutique à Genève en 1944.

Examen professionnel des médecins à Lausanne en 1948.

Interne en médecine à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds en 1948.

Depuis janvier 1949 assistant à la Clinique dermatologique universitaire de Berne (Prof. *Robert*).





